

Если Вы оплатили услуги, покрываемые Вашим планом медицинского обслуживания HPSM, Вы можете попросить HPSM компенсировать Вам уплаченную сумму. Представьте эту форму вместе с заявлением от Вашего поставщика медицинских услуг с указанием услуг и их стоимости, а также с документом, подтверждающим платеж на эту сумму. Кассовые чеки и чеки по оплате кредитной картой сами по себе не являются документами, подтверждающими приобретение услуг. Возмещение расходов не гарантируется. Покрываемые расходы будут возмещены в зависимости от того, какая сумма меньше: первоначальный платеж или максимальная выплата по плану (за вычетом любой возможной доли участника в расходах).

Информация об участнике (по одной форме на каждую услугу для каждого пациента)

Имя	Фамилия	Инициал отчества		
Идентификационный номер участника HPSM	Medi-Cal CareAdvantage	HealthWorx (HMO) ACE	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Номер телефона
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс	

Имя и фамилия поставщика медицинских услуг	Номер телефона поставщика медицинских услуг
--	---

Причина запроса (отметьте все подходящие пункты)

<input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание	<input type="checkbox"/> Неотложная помощь за пределами зоны обслуживания	<input type="checkbox"/> Не было при себе идентификационной карточки
<input type="checkbox"/> Стоматологическое обслуживание	<input type="checkbox"/> Поставщик медицинских услуг, не входящий в сеть	<input type="checkbox"/> Другое: _____

Если HPSM не является Вашей первичной страховкой и Ваша первичная страховка уже оплатила услугу, заполните этот раздел

Тип первичной страховки, оплатившей услугу.	Стоматологическая	Медицинская
---	-------------------	-------------

Название первичной страховой компании

Имя основного участника/абонента (фамилия, имя, инициал отчества)	Идентификационный номер основного участника/абонента
---	--

Я подтверждаю, что пациент, указанный в этой форме, является участником HPSM, и что оказанная услуга (услуги) предназначалась для этого пациента. Я также подтверждаю, что подаваемое требование (требования) об оплате не подлежит оплате в рамках программы добровольного автомобильного страхования или страхования от несчастного случая на производстве. Я также разрешаю предоставить всю информацию, относящуюся к данному требованию, администратору плана, специалисту по оценке риска, держателю спонсируемого полиса и/или работодателю.

Подпись участника (требование без подписи участника будет отклонено)	Дата
--	------

Особые указания:

Документы, подаваемые с этой формой, должны содержать следующую информацию в четко читаемом виде, иначе возможна задержка или отказ в возмещении расходов.

- Имя, фамилия и адрес поставщика медицинских услуг
- Предоставленные услуги со всеми сопутствующими расходами и копия платежного поручения первичного страховщика
- Детализированный счет за все предоставленные услуги с указанием сопутствующих расходов и документом, подтверждающим платеж (квитанция от поставщика, выписка по кредитной или дебетовой карте)

Эта форма и сопроводительные материалы могут быть представлены по электронной почте (с отсканированными документами) или по почте (с бумажными документами)

Участники плана CareAdvantage	
Электронная почта:	CareAdvantageSupport@hpsm.org
Почтовый адрес:	Health Plan of San Mateo c/o The CareAdvantage Unit 801 Gateway Boulevard, Suite 100 South San Francisco, CA 94080

или

Участники программ Medi-Cal, HealthWorx и ACE	
Электронная почта:	MemberServicesSupport@hpsm.org
Почтовый адрес:	Health Plan of San Mateo c/o Customer Support 801 Gateway Boulevard, Suite 100 South San Francisco, CA 94080

Компенсацию и корреспонденцию получит основной участник. На требования распространяются ограничения, исключения и другие положения.